



## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO DEL AFILIADO

Llene este formulario, adjunte las recetas de los medicamentos y envíelo por correo postal a la siguiente dirección:

Simply Healthcare Plans  
9250 W. Flagler St., Suite 600  
Miami, FL 33174-3460

| Información del titular de la tarjeta  |               |  |                    |                     |   |                          |
|--|---------------|--|--------------------|---------------------|---|--------------------------|
| Número de identificación del titular de la tarjeta:  |               | Número del grupo:  |                    |                     |   |                          |
| Nombre del titular de la tarjeta: (apellido, nombre y segundo nombre)  |               | Fecha de cumpleaños del titular de la tarjeta: (MM/DD/YYYY)  |                    |                     |   |                          |
| Dirección del titular de la tarjeta: (calle, ciudad, estado, código postal)  |               |  |                    |                     |   |                          |
| Sexo:<br><input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino  |               | Número de teléfono del titular de la tarjeta:  |                    |                     |   |                          |
| Motivo de la solicitud   |               |  |                    |                     |   |                          |
| Medicamentos recetados para estos casos:   |               |  |                    |                     |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de beneficios con la farmacia primaria o el plan médico  |               | <input type="checkbox"/> Reclamación compuesta   |                    |                     |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Solicitud fuera del área/urgente/de emergencia  |               | <input type="checkbox"/> Problema de elegibilidad en la farmacia   |                    |                     |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Otro (describa):  |               |  |                    |                     |   |                          |
| Información de la farmacia   |               |  |                    |                     |   |                          |
| Nombre de la farmacia:   |               | Número NABP de la farmacia:  |                    |                     |   |                          |
| Dirección de la farmacia: (calle, ciudad, estado, código postal)   |               |  |                    |                     |   |                          |
| Número de teléfono de la farmacia:<br>(    )   |               | Firma de la farmacia:<br>Fecha:  |                    |                     |   |                          |
| Información de la receta   |               |  |                    |                     |   |                          |
| <i>Incluya con este formulario las <b>etiquetas de las recetas (se aceptan recibos)</b> o un documento firmado por el farmacéuta. Puede pedir ayuda al <b>farmacéuta</b> para completar la siguiente información. Si completa la totalidad del formulario, su reclamación se procesará oportunamente.<br/>Si tiene preguntas acerca de esta reclamación, llame a la línea gratuita que figura en su tarjeta de identificación de farmacia.</i> |               |  |                    |                     |   |                          |
| Fecha de surtido:  | Número de Rx: | Rx: (Marque una opción)<br><input type="checkbox"/> Primer surtido<br><input type="checkbox"/> Resurtido | Cantidad:          | Días de suministro: | Código nacional de medicamentos (NDC): (11 dígitos)<br> |                          |
| Nombre, concentración y dosis del medicamento:   |               |  | Nombre del médico: |                     | NPI/DEA #   | Precio pagado por la Rx: |

|   |               |  |                    |                     |   |                          |
|---|---------------|--|--------------------|---------------------|---|--------------------------|
| Fecha de surtido:   | Número de Rx: | Rx: (Marque una opción)<br><input type="checkbox"/> Primer surtido<br><input type="checkbox"/> Resurtido | Cantidad:          | Días de suministro: | Código nacional de medicamentos (NDC): (11 dígitos)<br> |                          |
| Nombre, concentración y dosis del medicamento:  |               |  | Nombre del médico: |                     | NPI/DEA #   | Precio pagado por la Rx: |
| Fecha de surtido:   | Número de Rx: | Rx: (Marque una opción)<br><input type="checkbox"/> Primer surtido<br><input type="checkbox"/> Resurtido | Cantidad:          | Días de suministro: | Código nacional de medicamentos (NDC): (11 dígitos)<br> |                          |
| Nombre, concentración y dosis del medicamento:  |               |  | Nombre del médico: |                     | NPI/DEA #   | Precio pagado por la Rx: |
| <p><i>Certifico que toda la información que suministré en este formulario es correcta y que las recetas presentadas son para mí o para los afiliados de mi familia que sean elegibles. Certifico que las recetas presentadas son para uso exclusivo del paciente indicado. Entiendo que los actos fraudulentos (incluidas las reclamaciones falsas) están sujetos a sanciones civiles o penales. Asimismo, autorizo la divulgación de información elegible relacionada con esta reclamación al administrador del plan, asegurador, patrocinador del plan, titular de la póliza o empleador.</i></p> |               |  |                    |                     |   |                          |
| Firma:  |               |  |                    | Fecha:              |   |                          |

\*Los afiliados pueden presentar solicitudes de reembolso hasta 36 meses después de la fecha del servicio.

\*Este formulario no es obligatorio. Sin embargo, se necesitará toda la información anterior para procesar la solicitud.